

PSICOTERAPIA PARA EL DOLOR CRÓNICO: UNA REVISIÓN A CINCO AÑOS.

PSYCOTHERAPY FOR CHRONIC PAIN: A FIVE
YEARS REVIEW.



Modalidad 1: Trabajo de revisión y actualización teórica

y/o metodológica

Grado de Psicología

Curso Académico 2018-2019

Alumna: Julia Rodríguez Sánchez

Tutora: Esther Berrocoso Domínguez

Agradecimientos

A todas las personas que me han transmitido conocimiento.

A la Universidad de Cádiz.

A los excelentes compañeros y amigos que me han acompañado en esta etapa.

A Clara, María

y Clara María.

Mi familia.

Trabajo de Fin de Grado

Universidad de Cádiz

Grado de Psicología

Curso Académico 2018/2019

PSICOTERAPIA PARA EL DOLOR CRÓNICO: UNA REVISIÓN A CINCO AÑOS.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
Justificación.....	8
Objetivos	8
Objetivo general.	8
Objetivos específicos.....	9
MÉTODO	9
Metodología de búsqueda de la información	9
Criterios de selección de trabajo	9
Criterios de inclusión.....	10
Criterios de exclusión.	10
Particularidades de las bases de datos empleadas	10
Scopus.....	11
Dialnet.	11
PubMed.....	11
Resultados de la búsqueda de información	12
RESULTADOS	13
Intervenciones basadas en la aproximación cognitivo-conductual	13
Terapia Cognitivo-Conductual y evidencias neuropsicológicas.	13

Terapia Cognitivo-Conductual <i>on-line</i>	14
Terapia Cognitivo-Conductual: duración de la intervención, sueño, ejercicio físico y edad.....	18
Intervenciones basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso	21
Intervenciones basadas en Mindfulness	24
Intervenciones Integrativas	25
Otras intervenciones basadas en diversas aproximaciones	29
DISCUSIÓN / CONCLUSIONES	31
REFERENCIAS	35
ANEXOS	41
Anexo A. Artículos incluidos en el estudio de revisión.....	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Descripción de proceso de búsqueda de información.	12
Figura 2 Edad como modulador del tratamiento con TCC y ACT.	20
Figura 3 Tratamiento integrativo.	28
Figura 4 Representación de cada terapia en el desarrollo de los resultados.	32

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1 Trastornos en el que el dolor se menciona como síntoma.	6
Tabla 2 Módulos de tratamiento del programa "Move It Now".	17

RESUMEN

El dolor crónico se compone de dimensiones físicas, cognitivas y emocionales, lo que dificulta su abordaje terapéutico y conlleva un éxito limitado en su tratamiento. Las repercusiones en la vida de las personas que lo padecen, hace que la propensión e incidencia de trastornos mentales sea elevada, teniendo una mayor representación la ansiedad y la depresión. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha demostrado ser la más eficaz en el tratamiento del dolor crónico y de las consecuencias de este, proporcionando una amplia evidencia científica que respalda sus efectos beneficiosos. Otras terapias, como las de Aceptación y Compromiso y Mindfulness están siendo objeto de estudio en la actualidad. Como objetivo principal del presente trabajo nos proponemos explorar el conocimiento existente en el ámbito de la psicoterapia del dolor crónico en un marco temporal de cinco años. Gracias a la metodología usada se han recopilado veintidós artículos que nos muestran: la relevancia de la TCC, el avance en el formato de las terapias (uso de internet y dispositivos electrónicos), la creciente evidencia científica de las terapias de 3ª generación y la posibilidad de integrar diferentes aproximaciones en un único tratamiento.

Palabras clave

Depresión, Dolor crónico, Psicoterapia, Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia *on-line*, Tratamiento integrativo.

ABSTRACT

Chronic pain is constructed by physical, cognitive and emotional dimensions. This fact makes difficult to confront it and limits its chronic pain is constructed by physical, cognitive and emotional dimensions. This fact makes it difficult to confront and limits its treatment. The repercussions for those who endure chronic pain includes higher propensity and incidence of mental health issues, especially increasing anxiety and depression rates. Cognitive-Behavioural Therapy has proven to be the most efficient treatment against chronic pain and its consequences. Extense scientific evidence has been provided until now to back up its beneficial effects. Other therapies like the Acceptance and Commitment and Mindfulness Therapy are being subjected to study nowadays. The aim of the present work is exploring the existent knowledge about chronic pain psycho-therapy in a five years temporal frame. Thanks to the used methodology, twenty-two papers have been revised. Their contents show the relevance of CBT, the improvement in therapy format (using the Internet and electronic devices), the increasing scientific evidence of the 3rd generation therapies and the possibility of integrating different approaches in a single treatment.

Keywords

Depression, chronic pain, psycho-therapy, Cognitive-Behavioural Therapy, on-line Therapy, Integrated Treatment.

INTRODUCCIÓN

Los esfuerzos por unificar una definición de dolor han sido a lo largo de la historia infructuosos hasta que en 2014 se pudo constituir la definición más aceptada. La *International Association of the Study of Pain* (IASP) define el dolor como una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrito en términos de tal daño”. Esta definición al integrar la naturaleza emocional del dolor, se constituyó como un fenómeno multidimensional que, actualmente, incluye la implicación a partes iguales del sistema nervioso en sus aspectos cognitivos y emocionales además de sensoriales (Merskey y Bogduk, 1994).

Para introducir el concepto del dolor como experiencia física y emocional, es importante tener en cuenta su naturaleza temporal en términos de duración. El dolor agudo es definido por la IASP como “una experiencia desagradable y compleja con factores cognitivos y sensoriales que suceden como respuesta a un trauma tisular”. El dolor agudo implica una limitación en el tiempo y representa una señal de alarma para prevenir un daño mayor, cumpliendo una función protectora. Por otro lado, el dolor crónico, se define como una experiencia psicofisiológica desagradable que permanece a pesar de haber disminuido o desaparecido el daño tisular. Se diagnostica dolor crónico cuando el dolor persiste más de seis meses o más del tiempo determinado o esperado para su recuperación (APA, 2002).

El diagnóstico de dolor crónico puede ser difícil y el éxito del tratamiento suele ser limitado. Actualmente el arsenal terapéutico farmacológico para el tratamiento del dolor dispone de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) de eficacia limitada y de opiáceos. Estos últimos de mayor eficacia analgésica pero con importantes efectos adversos que pueden limitar su uso. Por otro lado, en ciertos tipos de dolor crónico (como el neuropático) se utilizan fármacos antidepresivos y/o anticonvulsivantes. El grado de magnitud del dolor y su larga duración acaba por producir cierto grado de incapacitación

física, acompañada de trastornos del sueño, del apetito, disminución de la actividad sexual y aumento de la irritabilidad. En el dolor crónico, el impacto psicológico es más claro que en el dolor agudo, por lo que se encuentra asociado a síntomas de ansiedad al inicio del curso del dolor, para luego relacionarse con síntomas de depresión (APA, 2002).

En un estudio poblacional europeo de Breivik et al. (2006) llevado a cabo en 15 países, incluido España, se entrevistaron a más de 16.000 personas y mostró que el 19% de los encuestados padecían un dolor de más de seis meses de duración. Un 60% lo sufrían de más de seis meses de duración, con un 60% que lo sufrían desde hace entre 2 y 15 años y un 20% que lo padecía desde hace más de 20 años. El 34% sufría dolor severo, con una puntuación de 8 a 10 en una escala sobre 10, mientras que el 66% restante padecía dolor moderado, con una puntuación entre 5 y 7 sobre 10. Dicho estudio mostró la afectación a la calidad del sueño, sexualidad y actividades de la vida social, laboral y familiar. A su vez, el 21% refería haber sido diagnosticado de depresión.

Para comprender el fenómeno del dolor crónico como una afección que afecta a diferentes aspectos de la vida del paciente, existen teorías que respaldan esta propuesta. La conceptualización del afamado Modelo Biopsicosocial concibe a la enfermedad como la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo, apuesta por la concepción multidimensional del dolor crónico. Con la formulación de la teoría de la compuerta propuesta por Melzack y Wall (1965) se lleva a cabo una nueva conceptualización de la experiencia del dolor. Esta teoría defiende como la mente y los factores psicológicos desempeñan un papel esencial en la experiencia final del dolor. Se sugiere que el dolor está mediado por un sistema de bloqueo (simbolizado como una “compuerta”) que posibilita la apertura o cierre de las vías del dolor en el sistema nervioso central. Cuando la compuerta está abierta, permite la transmisión del dolor mediante las vías aferentes y eferentes o, del mismo modo, el cierre de la compuerta imposibilita la transmisión del dolor. Los impulsos

transmitidos por las vías eferentes pueden modulados por diferentes factores psicológicos en su recorrido hasta el cerebro. Es decir, el mensaje enviado desde el cerebro, puede ser modulado por la interpretación que nuestra mente hace, modificando la experiencia de dolor. Alguno de los factores que pueden llegar a modular esa experiencia sería la interpretación del dolor (emociones) y las experiencias previas del sujeto que experimenta dolor. Debido a la propuesta de esta teoría, podríamos entender que se integran componentes psicológicos, cognitivos y emocionales al sobreentendido componente fisiológico de la percepción del dolor. La teoría de la compuerta hace una distinción entre tres dimensiones que inciden en la experiencia dolorosa en un posterior trabajo de Melzack y Casey (1968): La dimensión sensorial-discriminativa, involucra la información perteneciente a las propiedades físicas del estímulo recogidas por los nociceptores (localización, intensidad y duración del dolor); la dimensión motivacional-afectiva que identifica el dolor como una experiencia desagradable o aversiva generando una experiencia emocional subjetiva acorde con dicho daño real o potencial y facilitando que se adopten conductas de escape ante el estímulo provocador; y, en último lugar, la dimensión cognitivo-evaluativa, considerada la encargada de modular las anteriores mediante las variables cognitivas como son los pensamientos, creencias y valores, integrándolos a nivel cortical. Por eso, la contribución de los factores psicológicos se hace especialmente relevante y obvia en el caso del dolor crónico (Meilman, 1984).

Teniendo en cuenta las evidencias de las diferentes dimensiones del dolor, en el que las cogniciones y emociones son integradas en la expresión de este, según González (2017) las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales no son capaces de articular los síntomas dolorosos en un contexto psicopatológico. En la Tabla 1 podemos observar los trastornos mentales en los que el dolor se menciona como síntoma. Además, el auge de las interpretaciones neurobiológicas conducen a la siguiente premisa: si hay dolor debe haber una

Tabla 1*Trastornos en el que el dolor se menciona como síntoma.*

CIE 10	DSM IV	DSM 5
T. de somatización	T. de somatización	T. de síntomas somáticos
T. Somatomorfo indiferenciado	T. Somatomorfo indiferenciado	T. de depresión mayor
T. Hipocondriaco	Hipocondría	T. de pánico
Disfunción vegetativa somatomorfa	T. por dolor	T. de ansiedad generalizada
T. de dolor somatomorfo persistente	T. Depresivo mayor	T. de dolor genitopélvico/penetración
T. de pánico	T. de pánico	
T. de ansiedad generalizada	T. de ansiedad generalizada	
Neurastenia	Vaginismo	
Trastornos psicóticos	Dispareunia	
Episodios depresivos		
Vaginismo no orgánico		
Dispareunia no orgánica		

Fuente: González, P. M. (2017). Psiquiatría y dolor crónico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (1), 70-80.

explicación biológica que bastará con identificar para poner un tratamiento eficaz (González, P. M., 2017).

Una concepción sobre el dolor, la cual marcó un antes y un después para la conceptualización de este, fue propuesta por Bonica (1976), ya que, consideró la cronificación del dolor como una enfermedad en sí misma, propuesta que actualmente se mantiene. Así pues, como anteriormente habíamos definido el dolor en términos de duración, entenderíamos el dolor agudo como un síntoma, mientras que el dolor crónico puede ser entendido a su vez como una enfermedad *per sé*. Desde esta primera afirmación, dolencias como la fibromialgia y el dolor no-específico de la espalda, han sido reconocidas como enfermedades en las que el dolor crónico puede ser concebido como una enfermedad propiamente dicha (Treede et al., 2019).

Después de las teorías y conceptualizaciones descritas sobre el dolor crónico y, según Covington (2000), no parece que exista duda sobre el componente afectivo del dolor y de la depresión, ansiedad, desmoralización e incapacidad que a menudo lo acompaña, variando en cuanto a si la disforia es más una reacción al dolor o a las pérdidas del estilo de vida y autonomía. Debido a las implicaciones en la salud mental de las personas que padecen dolor por la cronicidad de este, Moix y Casado (2011) expresan la necesidad de llevar a cabo las intervenciones, desde una visión holística, en la que participen conjuntamente un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, fisioterapeutas, asistentes sociales y psicólogos. Haciendo referencia al trabajo de estos últimos, estas investigadoras llevaron a cabo un estudio de revisión sobre las técnicas y aproximaciones que han demostrado efectividad en el complejo campo del dolor crónico. Así pues, afirmaron que, técnicas como la relajación, la hipnosis, el *biofeedback* y técnicas operantes, han sido estudiadas durante décadas y que actualmente, el auge en la investigación en este campo viene de la mano de técnicas como

pueden ser el Mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) o la regulación emocional. Además, por la efectividad de sus resultados en pacientes que padecen dolor crónico, la Terapia Cognitivo-Conductual es indudablemente la más utilizada.

Justificación

Según los datos estadísticos de la prevalencia en la población europea e que se muestra en el estudio de Breivik et al. (2006) se comprobó que el dolor crónico afecta a 1 de cada 5 europeos (19%), mientras que en España se sitúa este porcentaje en 11%, siendo la intensidad y duración del dolor mayor que en los datos analizados del resto de países. Además, las cifras muestran que en nuestro país, se observa el porcentaje más elevado de personas con dolor crónico que padecen depresión, siendo un 29% de personas que cursan ambas dolencias. A su vez, la escasa aplicación de tratamientos psicológicos en personas aquejadas con dolor crónico resulta paradójica si tenemos en cuenta la efectividad que muestran en este campo (Moix y Casado, 2011). Por ello, considerando la población afectada, la duración del dolor que implica una obvia cronificación, la comorbilidad con enfermedades mentales y las implicaciones afectivas y emocionales en las que el dolor crónico incide, se considera necesario realizar un estudio en el que se haga una revisión de la investigación existente en un ámbito de la psicología que puede aportar una potencial solución a estos hechos: la psicoterapia.

Objetivos

Objetivo general.

Este trabajo de revisión tiene como objetivo general el explorar el conocimiento existente, en un rango de cinco años hasta la actualidad, sobre el tratamiento del dolor crónico mediante psicoterapia.

Objetivos específicos.

Conocer que efectividad, en cuestión de mejora de los síntomas físicos, cognitivos y emocionales del dolor crónico, presenta la psicoterapia en sus diferentes aproximaciones.

Conocer que técnicas y procedimientos de la terapia psicológica son objeto de investigación en un marco temporal de cinco años.

MÉTODO**Metodología de búsqueda de la información**

Para el desarrollo de los resultados de este trabajo de revisión hemos usado la información procedente de tres bases de datos: Scopus, Dialnet y PubMed. El motivo principal de la elección de dichas bases de datos es la amplia gama de información que recogen del ámbito de la psicología y del dolor crónico, tanto en idioma inglés como español.

Las palabras claves elegidas para comenzar la búsqueda bibliográfica fueron: “*Chronic Pain*” y “*Psychotherapy*”, haciendo uso del operador booleano “AND”. Para la base de datos Dialnet, hacemos uso de los mismos términos traducidos al español. Estas palabras clave están limitadas en los buscadores a su aparición en título, palabras clave y *abstract*.

La búsqueda de información bajo los criterios descritos fue realizada a fecha de 2 de Julio de 2019.

Criterios de selección de trabajo

Teniendo en cuenta el amplio desarrollo de la investigación y teoría sobre el dolor crónico que se ha experimentado en la ciencia en estas últimas décadas, la búsqueda de información ha sido limitada a cinco años. En el transcurso de la investigación sobre los objetivos del trabajo de revisión, hemos considerado pertinente delimitar ciertos criterios que incluyan o

excluyan información sobre la línea de trabajo. Estos criterios serán los que determinen los marcadores usados en los motores de búsqueda de las bases de datos elegidas.

Criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión de nuestro trabajo de revisión serían los siguientes:

- La investigaciones tendrán como sujetos a humanos.
- Solo admitiremos trabajos de investigación originales (estudios de caso, estudios clínicos, ensayos clínicos, estudios comparativos, estudios observacionales, estudios piloto).
- La fecha de las publicaciones seleccionadas tendrán un límite de cinco años hasta la actualidad.
- Los sujetos de investigación podrán pertenecer a cualquier rango de edad.
- Los sujetos de investigación podrán pertenecer a cualquier sexo.

Criterios de exclusión.

Los criterios de exclusión de nuestro trabajo de revisión serían los siguientes:

- Las investigaciones no podrán tener como sujetos a animales.
- No se admitirán revisiones narrativas, sistemáticas o bibliográficas.
- Quedarán excluidos de la selección de información toda investigación que supere los 5 años.
- No se admitirán publicaciones que no se hayan obtenido en texto completo.

Particularidades de las bases de datos empleadas

En el desarrollo de la búsqueda bibliográfica, hemos podido detectar particularidades de formato de cada base de datos, por lo que, procederemos a la descripción de dichas particularidades para facilitar la réplica de la metodología de búsqueda de la información realizada en este trabajo de revisión.

Scopus.

En este buscador principalmente se incluyen publicaciones en el idioma inglés, a su vez, nos permite usar el filtro “*Psychology*”, que fue utilizado teniendo en cuenta la línea de trabajo de nuestra revisión. Por otro lado, para filtrar el diseño de los estudios, solo nos permite diferenciarlos entre estudios de revisión y artículos, siendo estos últimos los elegidos para mantener nuestros criterios de inclusión. Debido a la escasa definición de los diseños de los estudios, ha sido necesario que en el análisis crítico de los artículos, se tenga en cuenta el diseño para cribar toda la información que no cumpla los criterios de inclusión o cumpla con los criterios de exclusión. Manteniendo siempre presente los criterios de selección de la información, hemos seleccionado la palabra clave “*Human*” para realizar una búsqueda acorde a nuestros objetivos.

Dialnet.

Una vez introducidas las palabras clave y teniendo en cuenta nuestros criterios de inclusión y exclusión, esta base de datos solo nos permite discernir entre estudios de tesis y artículos. Debido a la escasa definición de los diseños de los estudios, ha sido necesario que en el análisis crítico de los artículos, se tenga en cuenta el diseño para cribar toda información que no cumpla los criterios de inclusión o cumpla con los criterios de exclusión. Además, entre las palabras clave que hubiéramos deseado que aparezcan en título, *keywords* y *abstract* no aparece siempre “*Human*” por lo que ese criterio de selección de artículos también ha sido realizado de manera manual mediante a una lectura crítica de las publicaciones.

PubMed.

Siendo sin duda la base de datos que mayor sistema de filtros podemos encontrar entre las bases de datos elegidas, PubMed nos permite elegir entre los diferentes diseños de estudio que contiene nuestra búsqueda de información. Fue necesario acotar dicha búsqueda a

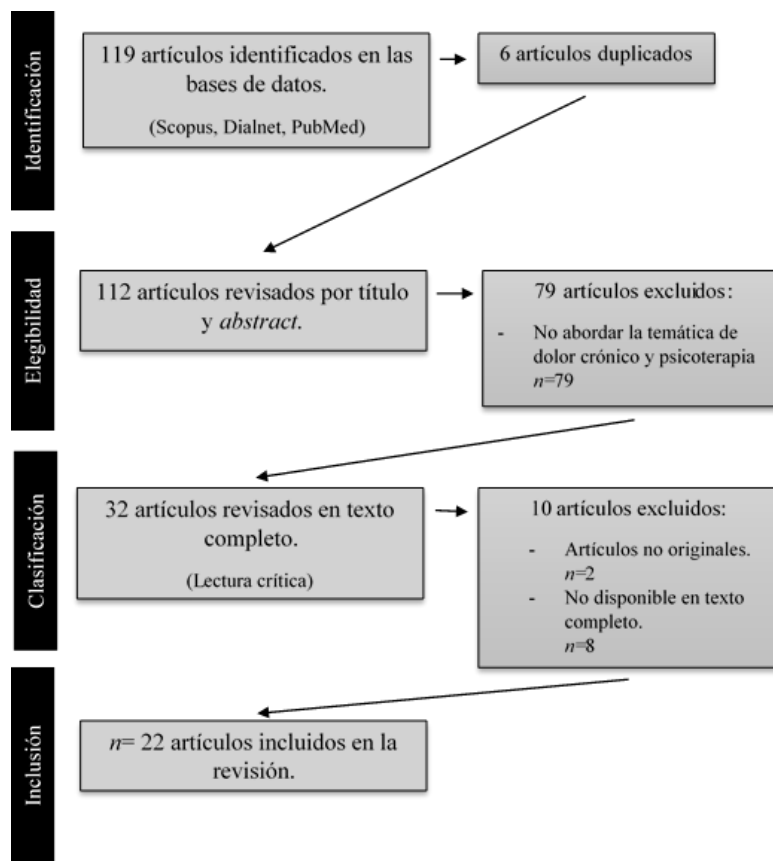
estudios de caso, estudios clínicos, ensayos clínicos, estudios comparativos y estudios observacionales. Como en el caso de la base de datos Scopus, PubMed permite seleccionar como palabra clave “*Human*” permitiendo así que la búsqueda de información se restrinja a nuestros criterios de inclusión y exclusión.

Resultados de la búsqueda de información

Teniendo en cuenta la metodología de búsqueda de palabras, los criterios de selección de la información expuestos y las particularidades de las bases de datos, procederemos a exponer las cifras de la búsqueda en las diferentes bases de datos en la Figura 1.

Figura 1

Descripción de proceso de búsqueda de información.



Nota: Elaboración propia.

Para facilitar el acceso a la información y a las bases de datos que se han trabajado, se ha considera oportuno integrar el siguiente código QR. Dicho código se enlaza con una nube que

contiene archivos Excel, que muestran como se ha seleccionado la información, y los 22 artículos incluidos en la revisión.



RESULTADOS

Siendo 22 artículos los seleccionados gracias a la metodología expuesta, procederemos a exponer los resultados de la búsqueda de información realizada, estructurando esta, por tipos de aproximaciones de terapia psicológica. El Anexo A muestra una clasificación de la selección obtenida.

Intervenciones basadas en la aproximación cognitivo-conductual

A la luz de las investigaciones que hemos recopilado en la búsqueda de información, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es, sin duda, la terapia elegida por la mayoría de las investigaciones que hemos incluido en esta revisión, siendo un total de 15 investigaciones que usan sus técnicas para estudiar los posibles beneficios puede aportar a los pacientes que padecen dolor crónico. Por lo tanto, en el siguiente apartado, procederemos a exponer los resultados de dichas investigaciones y sus aportaciones al conocimiento sobre la TCC en el tratamiento del dolor crónico.

Terapia Cognitivo-Conductual y evidencias neuropsicológicas.

Yoshino et al. (2018) consideran que la TCC es eficaz para el tratamiento del dolor crónico debido a que este está asociado con componentes cognitivos y emocionales. Con un completo estudio, Yoshino et al. (2018), decidieron examinar los cambios neuronales en las distintas regiones cerebrales que sucedían después de un tratamiento con TCC y así evaluar

cómo estos cambios podrían predecir la respuesta al tratamiento. Para ello, se hizo uso de Resonancia Magnética Funcional en estado de reposo (R-fMRI) pre y post TCC en un grupo de 29 personas con su respectivo grupo control, el cual estaba aparejado en edad con el grupo experimental. El objetivo principal de este ensayo era el de examinar las correlaciones entre los efectos del tratamiento y los datos recogidos de las pruebas de R-fMRI. Los resultados mostraron que la actividad anormal que presentaban los sujetos en el córtex orbitofrontal y en el lóbulo parietal inferior se normalizaba después de la TCC. Además, como conclusión a los datos recogidos en este ensayo, afirmaban la relación que tiene el córtex orbitofrontal en los beneficios de la TCC con respecto a la intensidad del dolor.

Terapia Cognitivo-Conductual *on-line*.

En el siguiente apartado procederemos a exponer las terapias que usan una aproximación Cognitivo-Conductual mediante un formato *on-line*. Dentro de este formato, podemos encontrar diferentes soportes como son el *smartphone*, el ordenador convencional o *tablet*.

En el estudio de Lin et al. (2017), se creó un protocolo de un ensayo aleatorizado que pretendía evaluar la efectividad y el coste-efectividad de una intervención guiada para la depresión en 210 individuos que padecen dolor de espalda crónico. El grupo experimental un tratamiento con TCC conocido como “eSano BackCare-D”, mientras que el grupo control solo recibiría el tratamiento usual proporcionado por un hospital universitario de Friburgo. El tratamiento “e-Sano BackCare-D” está basado en TCC, activación conductual y resolución de problemas, se presenta en un formato *on-line* disponible las 24 horas del día, los siete días a la semana, a través de ordenadores, portátiles y *tablets*. Este programa, dispone de un terapeuta *on-line* y sesiones establecidas de 45 a 60 minutos cada una, una vez a la semana durante 9 semanas. Además, el seguimiento post-tratamiento se realiza durante 6 meses. En las sesiones de “e-Sano BackCare-D” se tratan temas como la relación entre el dolor de espalda crónico y la depresión, la aceptación del dolor, preocupaciones y rumiaciones sobre

el dolor y actividad física. Como objetivo de análisis, en primer lugar se sitúa los beneficios en la severidad de la depresión (cuantificado a través de la Escala de Hamilton para la Depresión-17), y en segundo lugar se analiza la respuesta y remisión del tratamiento en la depresión, los cambios en la calidad de vida, la intensidad del dolor, la percepción de incapacidad por el dolor, la percepción de eficacia, la capacidad de trabajo. Otros aspectos que el estudio de validez tiene como objetivo analizar, serían: la adhesión a la intervención, la satisfacción del paciente, los efectos negativos y los costes de la intervención. Los análisis estadísticos se centrarían en los efectos clínicos del estudio y la evaluación económica de este. El equipo de investigación de la Universidad de Friburgo del anterior estudio, realizó otro estudio de protocolo. Sander et al (2017) reclutó 406 participantes los cuales fueron aleatorizados en un grupo experimental y otro control. Este protocolo investiga los beneficios, efectividad y coste-efectividad del tratamiento “eSano BackCare-DP”, que a diferencia del programa “eSano BackCare-D” expuesto en el anterior estudio, se basa en la prevención de la depresión en individuos que padecen dolor de espalda crónico y presentan síntomas iniciales de un Trastorno Depresivo Mayor. En “eSano BackCare-DP” la intervención consta de 6 intervenciones semanales, un módulo opcional de 3 intervenciones semanales y dos intervenciones de refuerzo. El principal objetivo de análisis es el tiempo que transcurre hasta el inicio de un Trastorno Depresivo Mayor tras doce meses de seguimiento del programa. Además, se analizan factores como: síntomas depresivos, calidad de vida, intensidad del dolor, asociación del dolor con incapacidad, autoeficacia, capacidad de trabajo, satisfacción con la intervención, adherencia al tratamiento, efectos colaterales de este y costes.

Para evaluar la eficacia de una intervención basada en TCC a través del teléfono en una muestra de 66 participantes que padecían dolor crónico de espalda, Rutledge et al. (2017), decidieron llevar a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el cual el grupo experimental

recibiría una intervención Cognitivo-Conductual de manera telefónica durante ocho semanas con un total de 12 sesiones de 30 minutos. El grupo control recibiría una intervención de cuidados básicos aparejada en duración y sesiones al tratamiento del grupo experimental. Los temas tratados en la intervención de TCC fueron: manejo del dolor, manejo del estrés, cambios cognitivos, comunicación asertiva y establecimiento de metas; amoldando de dos a tres sesiones por cada temática. Los participantes completaron después de la intervención instrumentos para cuantificar las mejoras en incapacidad por el dolor de espalda, severidad del dolor y mejora general. Al no contar en este estudio con una línea base de estas medidas, los resultados del ensayo no pueden considerarse significativos, aunque en la mejora general los participantes del grupo que recibieron la intervención de TCC mostraron un mayor índice de mejora general (31%) en comparación al grupo de cuidados básicos (18.5%).

El principal objetivo del ensayo clínico aleatorizado que realizaron Voerman et al (2015) fue evaluar los efectos de una intervención guiada a través de internet en adolescentes que padecían dolor crónico. La intervención que se llevó a cabo es “Move It Now” una programa de TCC interactivo que como objetivo tiene ayudar a adolescentes a mejorar sus herramientas para hacer frente al dolor. Los módulos de tratamiento que posee el programa “Move It Now” duran 30 minutos y se pueden observar en la Tabla 2. La muestra contaba con 69 participantes con edades comprendidas entre 12 a 17 años que fueron aleatorizados en grupo experimental y control. Los resultados fueron interpretados mediante el análisis de los siguientes *outcomes*: intensidad del dolor, enfrentamiento al dolor, incapacidad, pensamiento catastrofista, recompensa y conductas hacia el dolor de los padres y madres y calidad de vida. Se encontraron diferencias significativas en la mejora de la intensidad del dolor, incapacidad por el dolor, recompensa y conductas hacia el dolor de los padres y madres y problemas de sueño. Además, la calidad de vida en relación al dolor, conducta en general, salud mental, actividades familiares y cambios saludables mejoraron significativamente durante la

intervención. Siendo contrario a las expectativas del estudio, el programa es complicado para implementar en adolescentes por las dificultades en la adhesión al tratamiento (52% de desgaste en el tratamiento) y seguimiento (65% de pérdida del seguimiento después del tratamiento).

Tabla 2

Módulos de tratamiento del programa "Move It Now".

Número de Módulo	Temática del módulo	Contenido del módulo
1	Antecedentes y metas	Psicoeducación sobre el dolor y establecimiento de metas.
2	Fármacos y respiración	Estrategias de mantenimiento, información sobre el uso de fármacos y ejercicio de respiración profunda.
3	Relajación	Educación sobre relajación y ejercicios de relajación.
4	Pensamiento y Sentimiento	Método ABC para el cambio de pensamientos desadaptativos.
5	Pensamiento útil	Cambio de distorsiones cognitivas, ejercicio de parada del pensamiento y ejercicios de distracción
6	Mantenerse activo	Activación conductual y ejercicios de relajación de corta duración.
7	Abordaje	Prevención de recaídas.

Fuente: Voerman, J. S., Remerie, S., Westendorp, T., Timman, R., Busschbach, J. J. V., Passchier, J., & de Klerk, C. (2015). Effects of a guided internet-delivered self-help intervention for adolescents with chronic pain. *Journal of Pain*, 16(11).

En un interesante estudio de Peters et al (2017), se examinó los efectos de una intervención a través de internet de psicología positiva comparándose con una intervención también basada en internet de TCC. En este ensayo clínico aleatorizado se crearon tres grupos de participantes: Grupo experimental con intervención de psicología positiva, grupo experimental con intervención de TCC y grupo control; con un total de 206 participantes que concluyeron la intervención de manera completa. La intervención Cognitivo-Conductual se aplicó en nueve módulos semanales y los principales temas tratados son: psicoeducación

sobre el dolor, relajación, reestructuración cognitiva, planificación de actividades, afrontamiento, manejo del estrés, entrenamiento en asertividad y resolución de problemas. Las principales medidas a examinar en el ensayo son: felicidad, depresión e incapacidad física. Los resultados mostraron que los participantes de ambos grupos experimentales experimentaron un aumento en las medidas referentes a la felicidad y un decrecimiento en las medidas referentes a depresión, las cuales se mantuvieron estables en un seguimiento a seis meses. No se encontraron diferencias significativas entre la eficacia de ambas intervenciones pero, en cambio, que se pudo observar como el nivel educativo de los pacientes actuaba como agente discriminativo. Los pacientes con un nivel educativo alto se beneficiaron en mayor medida de la intervención en psicología positiva que del programa de TCC.

Terapia Cognitivo-Conductual: duración de la intervención, sueño, ejercicio físico y edad.

En primer lugar, se presentarán estudios que asumen la eficacia de la TCC y pretenden contribuir al conocimiento de la efectividad de este tipo de terapia integrando otros factores como pueden ser la duración de la terapia, el sueño, el ejercicio físico y la edad de los pacientes que padecen dolor crónico y reciben psicoterapia para ello. En un estudio realizado por Berry et al. (2015) se analizó la efectividad de la TCC en el tratamiento de trastornos del sueño, en los cuales, el dolor crónico tiene un impacto significativo. Los participantes recibieron TTC con una duración breve, en la cual, fue impartida una sesión de psicoeducación sobre higiene del sueño, se instruyó en el uso de un manual clínico del sueño y se solucionaron dudas sobre la intervención. Por otro lado, los participantes fueron monitorizados durante 28 días en las horas de sueño y mantuvieron contacto con un asistente y un psicólogo clínico para llevar a cabo la intervención de manera adecuada. Se disponía de un grupo control, que presentaba trastorno de sueño y dolor crónico, pero no pudo beneficiarse de la intervención. A este grupo se le monitorizó el sueño como al grupo

experimental. Las medidas que Berry et al. (2015) se dispusieron a analizar fueron: calidad del sueño, creencias y actitudes sobre el sueño, dolor, incapacidad y ánimo (evaluando ansiedad y depresión). Los resultados no mostraron diferencias significativas en ninguna de las medidas antes indicadas excepto en calidad del sueño, habiendo mejorado el tiempo de conciliación del sueño significativamente en el grupo experimental. Por ello, se concluyó sugiriendo el potencial impacto positivo de la psicoeducación, dentro de una TCC breve, sobre algunos aspectos del sueño en población que padezca dolor crónico.

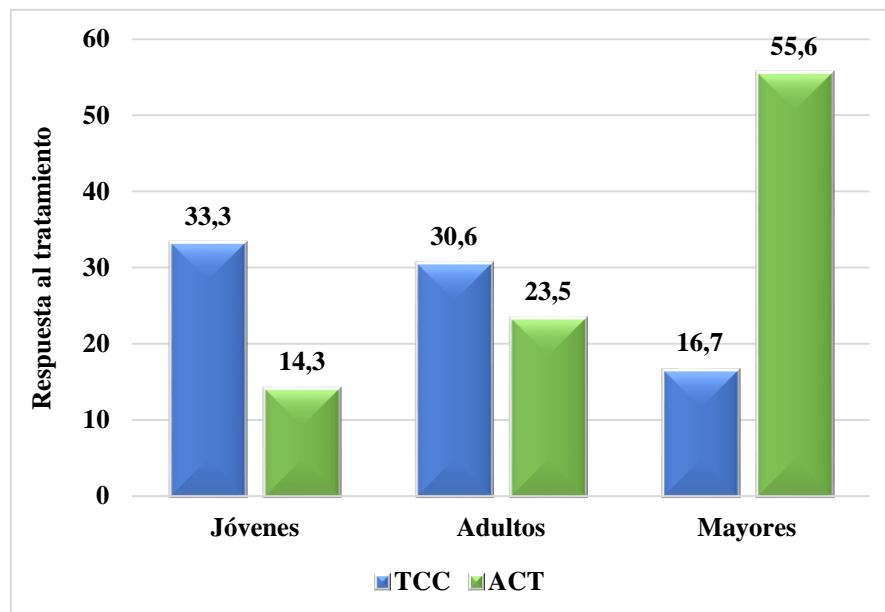
El equipo de investigación de Harrys et al. (2017) pretendieron analizar los prometedores efectos que la TCC breve y el ejercicio físico demostraban sobre la reducción de la incapacidad y el incremento de la participación activa de las pacientes que sufren dolor crónico lumbar. En este ensayo clínico aleatorizado, distribuyeron a 214 participantes en tres grupos: el primero recibiría TCC de duración breve, el segundo recibiría TTC de duración breve y TCC convencional; y el último grupo recibiría TCC breve y un programa de ejercicio físico. Los resultados fueron significativos en la dimensión que nombraron «problemas subjetivos de salud» (Problemas de sueño, cansancio, ansiedad, depresión, palpitaciones, vértigos y sofocos) y en la dimensión «Ansiedad» tanto en el grupo que se beneficiaron de TCC convencional como en el de ejercicio físico. Por lo tanto, se considera que este estudio de Harris et al. (2017) no se consideran concluyentes de los beneficios que se analizaron de la TTC de duración breve junto al ejercicio físico.

Para investigar cómo la edad puede moderar los efectos de la TCC, Whetherell et al. (2016) llevaron a cabo un estudio que comparaba la respuesta al tratamiento de tres grupos de edad con respecto a la TCC y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). En este estudio, los participantes fueron aleatorizados en las diferentes intervenciones y según su edad, siendo distribuidos en grupos de TCC: Jóvenes, adultos y mayores; al igual que en la ACT. Los resultados fueron analizados por la herramienta *Brief Pain Inventory* (BPI), la cual

mide con 9 escalas la interferencia en la vida diaria y severidad del dolor crónico, además de tener en cuenta en su medida los trastornos del ánimo. En este ensayo clínico aleatorizado se pudo observar que la edad es un factor moderador de los beneficios de la TCC en el grupo experimental de jóvenes, el cual disponía de una media de edad de 37.9 años, en la Figura 2 se muestran los resultados de este estudio.

Figura 2

Edad como modulador del tratamiento con TCC y ACT.



Fuente: Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Alonso-Fernandez, M., Bower, E. S., Steiner, A. R. W., & Afari, N. (2016). Age moderates response to acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy for chronic pain. Traducido al español.

Siendo la TCC efectiva en reducir la frecuencia e intensidad del dolor crónico en adolescentes (Voerman et al. 2015) en un estudio de Flack et al (2018) se analizó la eficacia de una técnica de frecuente uso dentro de la aproximación cognitivo-conductual, como es la exposición interoceptiva, en una muestra de adolescentes comprendida en una edad de 11 a 17 años. Esta investigación se centró en la medición del miedo al dolor (siendo esta la medida primaria), dolor (intensidad del dolor, incapacidad y absentismo escolar) y características emocionales (ansiedad y pensamiento catastrofista). La intervención de exposición interoceptiva se llevaba a cabo por el grupo experimental mientras que el grupo control

realizaba una intervención basada en la relajación. Los resultados de este novedoso estudio no resultaron significativos, exceptuando a los pacientes que padecían dolor abdominal y a los pacientes que habían demostrado antes del tratamiento un alto miedo al dolor que si mostraron mejora.

Para finalizar este apartado, sería conveniente mencionar un estudio de un protocolo, el cual, su principal objetivo es conocer la efectividad de la TCC junto a una intervención de fisioterapia para el beneficio de pacientes que padecen dolor crónico causado por el Síndrome de dolor pélvico crónico (DPC). El equipo de investigación del Hospital Universitario de Hamburgo, Brünahl et al. (2018), con objetivo de investigar la viabilidad de la combinación entre TCC y fisioterapia, publicó una investigación sobre un completo programa que de manera aleatoria asignó a 54 pacientes que padecen DPC, de sexo masculino y femenino, en dos grupos de intervención y grupo control. En la intervención se realizaría en primer lugar TCC grupal durante nueve semanas realizando una sesión semanal. El grupo sería atendido por un psicoterapeuta y un residente en psicología clínica, los cuales abordarían en las sesiones los siguientes temas: cogniciones catastrofistas, reducción de las conductas de evitación, incremento de la actividad física, desarrollo de estrategias y mantenimiento del apoyo social. La duración y frecuencia del programa de fisioterapia es el mismo que de TCC. Para la evaluación de los efectos de la terapia, se hace referencia a diversos instrumentos con un diseño pre y pos-test a la intervención. Como conclusión, la viabilidad del protocolo, y del ensayo clínico aleatorizado que se haría con la realización de este, fue considerada bastante alta y se puso en curso su realización.

Intervenciones basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso

En el siguiente apartado procederemos a exponer diferentes artículos científicos que investigan sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ATC). La ATC ha demostrado ser

efectiva en la rehabilitación de las personas que padecen dolor crónico, y la aceptación ha mostrado ser la clave en el proceso de cambio (Baranoff, Hanrahan, Burke y Connor, 2016).

En un estudio de Wetherell et al. (2016), que anteriormente ha sido referenciado en el primer apartado de *las Intervenciones basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual*, concluyeron que la efectividad de la ACT parecía ser modulada por la edad, siendo los participantes con edades comprendidas en el grupo de adultos mayores los que mostraron beneficiarse en mayor medida de la intervención basada en ACT como puede observarse en la Figura 2 descrita anteriormente.

Un ensayo clínico abierto de Baranoff et al. (2016) tuvo como objetivo principal conocer la influencia de la duración del tratamiento ACT en personas que padecen dolor crónico y, en particular, la efectividad de un tratamiento no intensivo (compuesto por menos de 20 horas). 71 pacientes comenzaron una ACT grupal durante nueve semanas con sesión semanal de dos horas (18 horas en total), de los cuales 46 participantes se beneficiaron de la intervención completa. La principal medida es la aceptación, seguido de varias medidas secundarias como son el catastrofismo del dolor, depresión, ansiedad, calidad de vida y el dolor relacionado con la ansiedad. Dado a que este estudio no dispone de grupo control, la comparación de resultados se hizo gracias a estudios anteriores usando un modelo de efectos aleatorios para calcular los puntos de referencia. En los resultados se pudieron observar mejoras en la aceptación de los participantes, las cuales eran similares a los resultados de estudios previos con una duración de menos de 20 horas de intervención en ACT. Aproximadamente un tercio de los participantes mejoraron en aceptación, y tres cuartos de los participantes mejoraron en al menos una de las medidas analizadas.

Las intervenciones de ACT a través de internet también tienen lugar entre los artículos seleccionados para este trabajo de revisión. En primer lugar, procederemos a exponer el estudio de Lin et al. (2017), el cual, bajo el diseño de un ensayo clínico aleatorizado, se

propuso examinar la efectividad de una intervención de ACT, guiada y no guiada, a través de internet. Para la consecución de su objetivo, dispusieron de una muestra de 302 participantes que conformaron dos grupos experimentales de ACT a través de internet guiada y no guiada, y a un tercer grupo control. Tanto la intervención guiada y como la no guiada disponían de siete módulos de 60 minutos de duración, los cuales se realizaron durante nueve semanas, bajo el programa “ACTnoPain”. La diferencia entre ambos grupos experimentales residía en la guía por parte de psicólogos que realizaban un *feedback* personalizado a cada paciente vía *e-mail* con una duración media de asistencia de 105 minutos por participante. La principal medida fue la interferencia del dolor en el participante, la cual fue medida mediante el *Multidimensional Pain Inventory (MPI)*. Los *outcomes* secundarios fueron: disfunción física y emocional, intensidad del dolor, variables de proceso de la ACT, calidad de vida, satisfacción con la intervención y la calificación de mejora general. Los resultados revelaron que no se pudieron encontrar diferencias significativas en la eficacia del tratamiento entre los participantes del grupo de intervención guiada y no guiada, aunque los participantes del grupo guiado mostraron mayor mejora en aceptación del dolor que el grupo no guiado. Además, el grupo no guiado mostró menos síntomas depresivos al finalizar la intervención. Por otro lado, el grupo de intervención guiada mostró de manera significativa menos interferencia del dolor que el grupo control.

En segundo lugar, un estudio de Baumeister et al. (2015) realizó un estudio sobre cómo una intervención facilitadora de la aceptación previa a la ACT a través de internet puede modular la respuesta al tratamiento y sus resultados. La intervención previa a la ACT consistía en un breve vídeo de cinco minutos con información sobre cómo afectaba positivamente una intervención de ACT a través de internet en la aceptación de las personas que padecen dolor crónico. Los temas sobre los que el vídeo trata son: evidencias sobre las intervenciones basadas en internet, seguridad y anonimato de sus datos personales, confort y

flexibilidad de su uso y la posibilidad de recibir soporte técnico durante la intervención. Integrado en el vídeo se presenta al participante un tutorial de cómo usar el programa. Para la comparación del grupo experimental y el grupo control, los participantes realizaron un cuestionario que pretende predecir la aceptación de la intervención, analizando las siguientes medidas: expectativa de rendimiento, expectativa de esfuerzo, influencia social, condiciones facilitadoras, uso de internet y ansiedad en internet. Los resultados mostraron como el grupo control presentaba niveles de aceptación de la intervención bajos (53.8%), medios (42,3%) y altos (3.9%) menos prometedores que el grupo experimental (bajo=25.0%; medio=48.1% y alto=26.9%). Como conclusión a estos resultados, se puede interpretar que las personas que padecen dolor crónico presentan un nivel bajo de aceptación a las intervenciones basadas en internet, pero ello puede mejorar con una intervención previa facilitadora.

Intervenciones basadas en Mindfulness

El estudio piloto de Lovas et al. (2017) se inspiró en la carencia de estudios sobre Intervenciones basadas en Mindfulness (MBIs) que demostrasen eficacia en la mejora de pacientes adolescentes con dolor crónico. Por esta razón, siete adolescentes en un rango de edad de 14 a 17 años recibieron un tratamiento MBIs grupal de ocho sesiones semanales con una duración de 90 minutos. El contenido de las intervenciones constaba de debates sobre la naturaleza del estrés y el rol que juega este en los síntomas somáticos y el dolor, reconocer los síntomas de estrés en sus cuerpos y mentes, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y realizar prácticas de meditación Mindfulness. Las medidas que pretendieron explorar fueron eficacia, tolerancia y aceptación del tratamiento, dolor, síntomas somáticos e incapacidad general. Los participantes reportaron mejoras en la intensidad del dolor, síntomas somáticos e incapacidad, mostrándose estables estas mejoras en un seguimiento de tres meses. Además, solo uno de sus participantes consideró la intervención poco útil. Con este ensayo, se

concluyó que una MBIs puede ser una opción viable al tratamiento cognitivo-conductual en adolescentes.

Desde un innovador enfoque de terapia de pareja, Cano et al. (2018) en un estudio de caso, se propuso mostrar la eficacia de un programa de MBIs en una pareja en la que un componente padecía dolor crónico. La intervención usada es llamada “Mindful Living and Relating” y consta de seis sesiones. Con esta intervención pretendían desarrollar una mejor flexibilidad psicológica para mejorar la salud de cada individuo y, en general, de la pareja. Entre sus objetivos residía la mejora de la flexibilidad relacional, entendiendo esta como la habilidad de interactuar con la pareja, la atención plena al momento presente y la respuesta empática a los valores propios y de la pareja. Además, las intervenciones incluían ejercicios para aplicar las herramientas de flexibilidad psicológica a las interacciones sociales. Para conocer como estos objetivos podían influir en los participantes se exploraron las siguientes medidas: intensidad del dolor, síntomas depresivos, satisfacción de la pareja y violencia en la pareja. Al finalizar la intervención, la pareja afirmó haber experimentado una disminución de los síntomas depresivos y de angustia y aunque el participante que padecía dolor crónico no mostró una mejora significativa en el dolor, hacía referencia que las estrategias adquiridas en el programa de MBIs le sirvieron para aceptar y reducir el impacto del dolor en su momento presente. Además, ambos participantes experimentaron mejoras en sobrellevar la interferencia del dolor en su vida diaria, en las actividades en común y en sus relaciones sociales.

Intervenciones Integrativas

En los artículos seleccionados para la exposición del siguiente apartado, podemos observar que no existe una sola aproximación en las intervenciones llevadas a cabo, es decir, dentro de una única intervención se integran herramientas, técnicas y conceptos de diferentes

aproximaciones. Además, es interesante resaltar que todos los artículos son estudios de caso único.

En el estudio de caso único de Coren (2016), se llevó a cabo una aproximación integrativa para tratar el dolor crónico y la angustia emocional de un paciente adolescente. Dicho paciente se benefició de una intervención que combinaba las aproximaciones Cognitivo-Conductual, Psicodinámica relacional, Mindfulness y Existencial. El paciente es un joven, de sexo masculino, con una edad comprendida en el final de su adolescencia, que padecía síntomas de ansiedad, depresión, dolor de cabeza severo y crónico producido por varias intervenciones quirúrgicas, además, presentaba una alta ansiedad y miedo a la muerte. Con este caso se pretendía resaltar la importancia de validar y normalizar la angustia emocional, encontrar su propia ansiedad existencial, participar activamente en su vida con resistencia y aprobación a su dolor. Por otro lado, pretende analizar las reacciones de transferencia y contratransferencia en el “aquí y ahora” de la relación terapéutica. Los temas trabajados en la intervención se centraban principalmente en su dinámica familiar, social y con sus iguales, la relación terapéutica, el catastrofismo, las pocas herramientas de comunicación que presentaba el paciente y su frágil autoestima. Se exploró como los pensamientos intrusivos y repetitivos sobre el control de su dolor afectaban en sus sentimientos y emociones (enfado, angustia, preocupación, miedos, etc.), en sus conductas de evitación y como todo esto reforzaba su ansiedad. Un componente importante de la ansiedad del paciente, era el miedo ser juzgado negativamente por los demás, esto fue trabajado con el concepto de contratransferencia para reconocer sentimientos y emociones en sí mismo y en los demás. Cuando finalizó la intervención integrativa, el paciente mostró notables mejoras en su funcionamiento general: mejor aceptación de su dolor y sus limitaciones, consiguió obtener menos pensamientos catastrofistas sus dolores de cabeza, expresaba con mayor facilidad su angustia y sus necesidades a sus familiares, se sentía en más sintonía con sus sentidos y consigo mismo, y

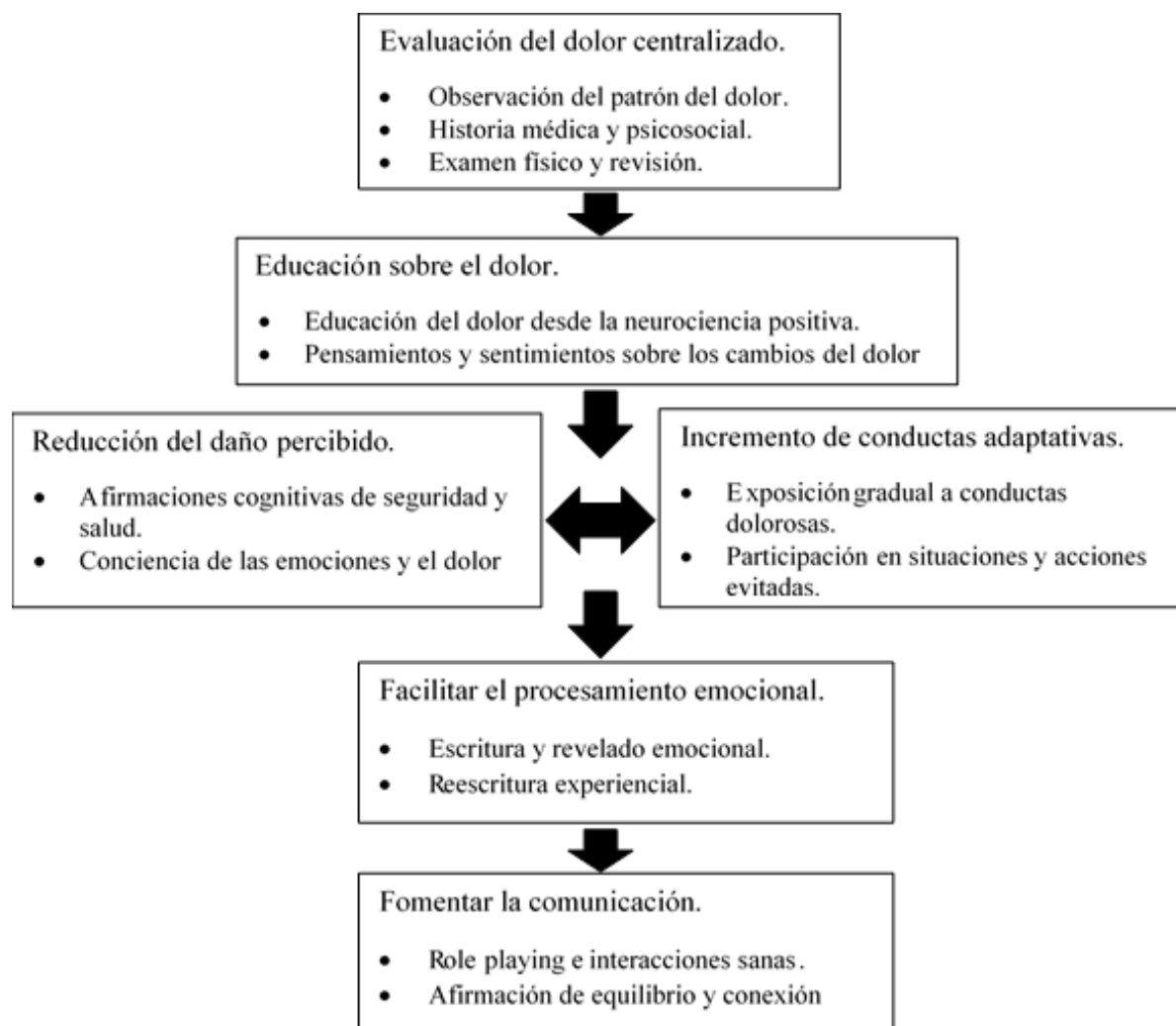
emprendió un proyecto personal y profesional de escribir sobre su experiencia con el dolor crónico.

En el segundo estudio de caso expuesto en este apartado, Whischkaemper y Gordon (2015) exploraron la integración de las terapias Cognitivo-Conductual, Interpersonal y Dinámica. El paciente es un adulto, de sexo masculino, con 39 años y padece dolor crónico en la espalda debido a múltiples cirugías de hernia discal. Durante varios momentos en su vida, ha padecido depresión, acompañada de síntomas como anhedonia, insomnio, sensación de poca energía, baja autoestima y sentimientos de impotencia. Además, el paciente se toca una ceja de manera compulsiva hasta el punto de llegar a desaparecer casi todo el bello de esa zona. La pareja del paciente llevó a cabo un intento de suicidio unos meses atrás del inicio de la intervención, lo que llevó a un empeoramiento de los síntomas del paciente. El tratamiento tuvo lugar durante 39 semanas y un seguimiento a los seis meses de finalizar la terapia. La evaluación de la mejora del paciente se llevó a cabo mediante una escala que realizó diariamente que pretendía recoger su nivel de angustia, frustración, energía, dolor de espalda, dedicación de pensamientos en eventos negativos y preocupación sobre la salud mental de su mujer. En la intervención, fueron usadas una variedad de técnicas de las diferentes aproximaciones, incluyendo entrenamiento en relajación muscular progresiva, control conductual, reestructuración cognitiva y principios interpersonales para abordar las quejas somáticas y sentimientos de impotencia e incapacidad. Los resultados de esta intervención no mostraron mejoras significativas en las medidas propuestas por los objetivos de la intervención.

En el reciente estudio de Lumley y Schubiner (2019) realizaron y comprobaron, en un estudio de caso único, un tratamiento integrado por técnicas cognitivo-conductuales, Mindfulness y aspectos de neurociencia del dolor, reatribución y reevaluación del dolor, terapia de exposición al dolor, escritura expresiva, psicoterapia intensiva de corta duración

psicodinámica y concienciación y expresión emocional. La intervención es llamada “*Integrative assessment and treatment model for centralized pain*” y como su nombre indica fue diseñada para tratar el dolor centralizado en pacientes que padecen dolor crónico. Con la variedad de aproximaciones descritas, se abordan dos objetivos generales: ayudar al paciente a aprender que no es un espectador de su dolor si no un participante activo de su recuperación; y ayudar al paciente a entender que su dolor, los acontecimientos estresantes de su vida y sus reacciones emocionales deben ser abordadas y no evitadas. La estructura del tratamiento se puede visualizar en la Figura 3.

Figura 3
Tratamiento integrativo.



Fuente: *Integrative assessment and treatment model for centraliced pain*. Por Lumley M.A y Schubiner H. en *Psychological therapy for Centraliced Pain: An Integrative Assessment and Treatment Model*. (2019). Traducido al español.

El caso clínico el cual se benefició de esta intervención era el de un paciente de sexo masculino, edad media con una convalecencia crónica de espalda desde hace siete años. El dolor presenta evidencias de ser de origen centralizado, lo que hace que sea un sujeto idóneo para la intervención. El paciente padecía dolores de espalda, cuello y abdomen, los cuales se acrecentaban con acontecimientos estresantes. Además, el sujeto presentaba ansiedad, rasgos perfeccionistas y autocríticos y un temor al rechazo por parte de su padre muy marcado. Los resultados del seguimiento de la terapia mostraron que el paciente consideraba su dolor “mínimo” a los tres meses de la intervención, siendo “inexistente” a los seis meses. A su vez, las mejoras que se pudieron observar en el paciente fueron: ser proactivo con su vida, hacía deporte varias veces por semana, se consideraba más asertivo con sus necesidades y que, cuando ocasionalmente sentía dolor, disponía de herramientas para analizar el dolor y examinar sus sentimientos.

Otras intervenciones basadas en diversas aproximaciones

En el último apartado de resultados procederemos a describir diferentes artículos científicos que utilizan aproximaciones como la Psicología Positiva, la Terapia de Autosistema (Self-system therapy, SST) y la Hipnoterapia.

Con un ensayo clínico aleatorizado para analizar la eficacia de un tratamiento desde la aproximación de la Psicología Positiva a través de internet de Müller et al. (2016), se exploró la incidencia de variables como la satisfacción de vida, efecto positivo y negativo, depresión, intensidad del dolor, interferencia del dolor, control del dolor, aceptación del dolor y catastrofismo del dolor, en personas con diversidad funcional y dolor crónico. La muestra estaba compuesta por 68 participantes que fueron aleatorizados en grupo experimental y grupo control. Cuatro ejercicios fueron enviados vía *e-mail* a los participantes durante ocho semanas hasta completar la intervención, mientras que, al grupo control se le dieron indicaciones de escribir sobre su día a día durante ocho semanas. Los resultados de este

ensayo mostraron que ambos grupos experimentaron mejoras y satisfacción con el programa realizado, aunque el grupo experimental presentó mejoras significativas en intensidad del dolor y control del dolor con respecto al grupo control.

Waters et al. (2016) realizaron un ensayo para examinar la eficacia de la SST, una terapia de duración breve estructurada para la depresión basada en la Teoría de la Autodiscrepancia. Esta terapia integra elementos cognitivos-conductuales e interpersonales en su conceptualización. Se dispuso de 101 participantes que fueron aleatorizados en tres grupos: SST, Psicoeducación para el dolor y control. La intervención estaba diseñada para realizarse en 12 intervenciones semanales individuales con 90 minutos de duración y sus principales *outcomes* fueron depresión, dolor e incapacidad física y psicosocial. Los resultados del grupo que recibió SST fueron dados por la exploración de los síntomas depresivos, los cuales mostraron mejoras significativas.

En un estudio de caso de Arminton (2015), el paciente de 53 años y de sexo masculino, padecía dolor crónico debido a intervenciones quirúrgicas en el hombro izquierdo. Este dolor, casi permanente e incapacitante desembocó a que el paciente padeciese síntomas de ansiedad y depresión, con una fijación obsesiva en su sintomatología, miedo a la incurabilidad de su dolencia, sentimientos de desamparo y deseos de muerte. El tratamiento se integró de una combinación entre hipnosis y técnicas psicoanalíticas y cognitivo-conductuales, con una duración de 65 semanas con una sesión semanal. El uso de la Hipnoterapia se utilizó con los siguientes objetivos: Inclusión de las sensaciones corporales y diferentes percepciones del paciente en la terapia, experiencias de disociación del cuerpo, sugerencias directas de cambio de percepciones dolorosas por otras sensaciones agradables, controlar la autohipnosis como herramienta de autocontrol de emociones y dolor, anclar recursos individuales de cambio y explorar conflictos inconscientes. Los resultados de esta intervención mostraron una mejora

en todos los síntomas del paciente, dando lugar a una desaparición de los síntomas ansiosos y depresivos del paciente que se mantuvo a los tres y seis meses de seguimiento.

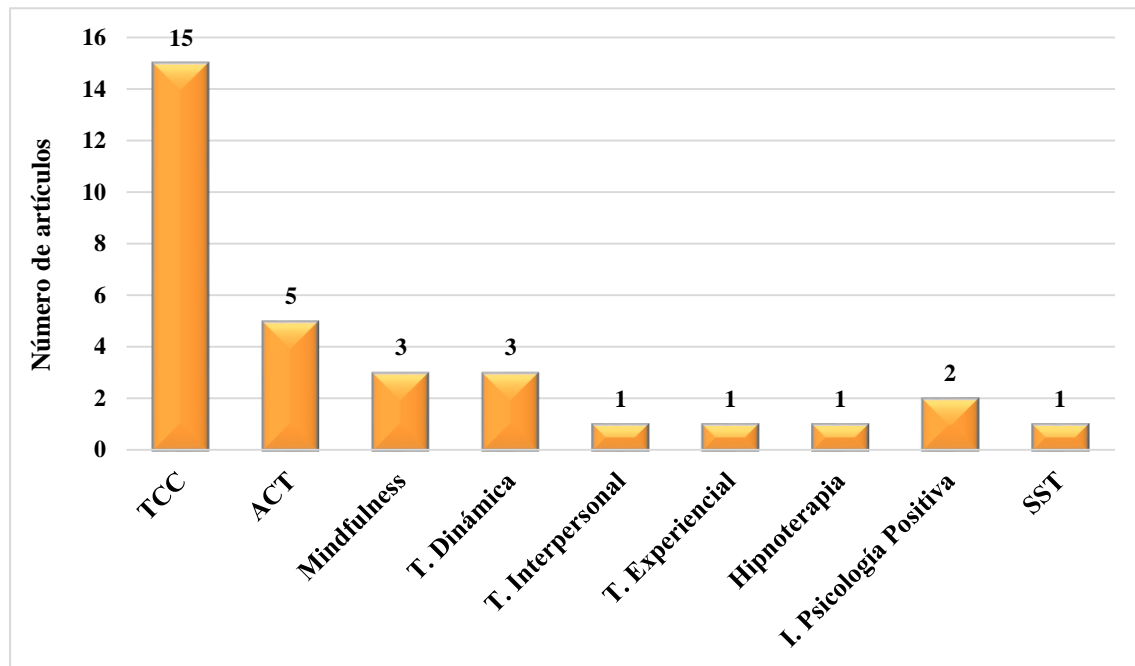
DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

En el presente trabajo el objetivo principal es explorar el conocimiento existente, en la investigación científica, de la psicoterapia como intervención para el dolor crónico en un marco temporal de cinco años. Los objetivos específicos de este trabajo exponen el deseo de conocer la efectividad de la psicoterapia para el dolor crónico y que técnicas son objeto de investigación en un periodo de cinco años. Desde el punto de vista del diseño de revisión narrativa que se ha seleccionado para el desarrollo de este trabajo, podemos afirmar que esta revisión, desde una perspectiva exploratoria, la cual no sistematizada ni profundamente rigurosa con los criterios de validez y fiabilidad de los resultados, ha respondido a los objetivos propuestos. Así pues, en resumidas cuentas, este trabajo de revisión puede tener un uso orientativo y de exploración sobre la temática expuesta.

A la luz de los resultados obtenidos, fruto de la metodología elegida y descrita, el presente trabajo dispone de 22 artículos científicos en los que la terapia que ha aparecido en más ocasiones (presenciándose en 15 de 22 artículos), de manera individual, combinada e integrativa, es la TCC. Este hecho ya se fundamentó al inicio del presente trabajo de la mano de Moix y Casado (2011) en la que se afirmaba que la TCC era indudablemente la terapia de elección en el tratamiento de dolor crónico. Además, estas mismas autoras evidenciaron en auge de la investigación con ACT, Mindfulness y aspectos de la regulación emocional que también han estado presentes en este trabajo. La Hipnoterapia, las terapias basadas en Psicología Positiva, SST, la Terapia Psicodinámica, la Terapia Interpersonal y la Terapia Experiencial han tenido lugar con una representación en los artículos más reducida. En la Figura 4 podemos observar la representación de cada tipo de terapia en el desarrollo de los resultados.

Figura 4

Representación de cada terapia en el desarrollo de los resultados.



Nota: Elaboración propia.

Con respecto a las intervenciones expuestas más innovadoras y que no se pueden clasificar dentro de ninguna aproximación en específico hemos encontrado las Terapias Integrativas. En dichas terapias expuestas en el desarrollo de los resultados, hemos podido encontrar una integración de TCC, Mindfulness, Terapia Existencial, Terapia Dinámica y Terapia Interpersonal estudiadas bajo diseños de caso único, lo que por la escasa estructuración de las intervenciones en la mayoría de los casos, la amplia formación que requieren los terapeutas para llevarlas a cabo, las limitaciones del diseño de caso único en cuestión de validez, fiabilidad y réplica, junto con la dificultad para discernir que componente de la intervención incide positiva o negativamente en los resultados, hace que la investigación científica en este ámbito sea limitada en la actualidad. Con el objetivo de contrastar la información sobre las intervenciones integrativas, hemos podido hallar un reciente estudio de Rodríguez, Cisneros y Robles (2018) en el que se llevó a cabo una intervención integrada por elementos de la TCC, Terapia Sistémica e Hipnoterapia a una paciente que padecía un trastorno depresivo persistente, mostró una mejora de dichos síntomas como se pudo identificar en los estudios

integrados en este trabajo. Por otro lado, las intervenciones *on-line* y con otros soportes diferentes al tradicional cara a cara del terapeuta y paciente, han tenido una notable representación dentro del desarrollo de la revisión y han mostrado prometedores resultados. Los artículos que analizaban intervenciones de esta naturaleza han mantenido un diseño de ensayo clínico aleatorizado y estudios pilotos, estos últimos han sido revisados si finalmente se han realizado y publicado en la base de datos donde fueron seleccionados, sin encontrar resultados en su búsqueda. Como respaldo de los resultados que hemos podido obtener en este trabajo de revisión, otra investigación actual sobre terapia a través de internet (Paganini et al., 2019) muestra la efectividad que se ha podido observar de este tipo de formato de intervención en los diferentes artículos expuestos.

Dentro de las limitaciones que implica la elección de un diseño de revisión narrativa como es la del presente trabajo, podemos encontrar una carencia de conocimiento sobre la fiabilidad y relevancia de los hallazgos obtenidos. Después de haber realizado la labor metodológica y de exposición de resultados, se puede llegar a la conclusión de que para abordar este objetivo hubiese sido conveniente otro tipo de diseño de revisión, siendo una revisión sistemática cualitativa o un meta-análisis, los más idóneo para ello. Otra limitación que ha marcado el desarrollo de esta revisión ha sido la elección de la base de datos Dialnet, de la cual, no hemos obtenido ningún artículo que cumpla los criterios de inclusión y exclusión determinados para la selección de los artículos que integran los resultados. Además, no disponía de un sistema de filtros tan avanzado como las demás bases de datos y ha dificultado la selección de artículos debido a que, para cumplir los criterios de selección de trabajo, se ha tenido que recurrir a la lectura crítica en fases de la metodología que no era necesario. Por otro lado, resulta relevante mencionar el hecho de que no se ha incidido en exponer los instrumentos de medida utilizados en las investigaciones expuestas, ya que, factores como tamaño de las muestras de participantes, diferentes diseños de investigación,

edad, sexo, nacionalidad, tipo y naturaleza de dolor de los participantes, entre otros factores, no posibilitaba una exposición y análisis de estos de manera adecuada a las herramientas de las que se dispone para llevar a cabo el presente trabajo. La elección del idioma inglés y español conlleva en sí un sesgo de acceso a la información de publicaciones que estén redactadas en otros idiomas y que puedan aportar conocimiento al ámbito que hemos pretendido explorar.

La heterogeneidad de las terapias expuestas, de los formatos de intervención, de los resultados significativos y no significativos hallados en los diferentes estudios, incita a creer en la necesidad de que se realicen más estudios de revisión sistemática, tanto cualitativos como cuantitativos, para obtener de manera estructurada información sobre el ámbito que hemos trabajado. A su vez, el hallazgo de los estudios de caso en las aproximaciones integrativas del tratamiento del dolor crónico, hace reflexionar sobre la necesidad de estudios futuros que lleven a cabo intervenciones más estructuradas y que se compruebe su eficacia con diseños que muestren resultados significativos y que puedan ser objeto de meta-análisis. Dada la naturaleza multidimensional y multicausal del dolor crónico, aproximarse a encontrar tratamientos que den resultados eficaces en una gran parte de la población resulta un objetivo utópico. Podemos razonar que la investigación en este campo no cesará de desarrollarse debido a la incidencia que el dolor crónico tiene sobre la población y, por ello, lo ideal sería que se realizasen esfuerzos por estudiar aproximaciones, terapias, técnicas y factores moduladores, que ayudasen a que los profesionales del ámbito de la psicología que se dediquen al dolor crónico, posean herramientas para llevar a cabo intervenciones eficaces e idiosincráticas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Masson.
- Artimon, H. M. (2015). Hypnotherapy of a pain disorder: A clinical case study. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(2), 236-246.
doi:10.1080/00207144.2015.1002704
- Baranoff, J. A., Hanrahan, S. J., Burke, A. L. J., & Connor, J. P. (2016). Changes in acceptance in a low-intensity, group-based acceptance and commitment therapy (ACT) chronic pain intervention. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(1), 30-38. doi:10.1007/s12529-015-9496-9
- Baumeister, H., Seifferth, H., Lin, J., Nowoczin, L., Lüking, M., y Ebert, D. (2015). Impact of an acceptance facilitating intervention on patients' acceptance of internet-based pain interventions: A randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 31(6), 528-535. doi:10.1097/AJP.0000000000000118
- Berry, R., Verrier, M. J., Rashiq, S., Simmonds, M. K., Baloukov, A., Thottungal, J., . . . Dick, B. D. (2015). A brief cognitive-behavioral intervention for sleep in individuals with chronic noncancer pain: A randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology*, 60(2), 193-200. doi:10.1037/rep0000035
- Bonica, J. J. (1976). Organization and function of a multidisciplinary pain clinic. *Pain*, 11-20.
Recuperado de https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-2304-4_2
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009

Brünahl, C. A., Klotz, S. G. R., Dybowski, C., Riegel, B., Gregorzik, S., Tripp, D. A., . . .

Löwe, B. (2018). Combined cognitive-behavioural and physiotherapeutic therapy for patients with chronic pelvic pain syndrome (COMBI-CPPS): Study protocol for a controlled feasibility trial. *Trials*, 19(1), 20-20. doi:10.1186/s13063-017-2387-4

Cano, A., Corley, A. M., Clark, S. M., y Martinez, S. C. (2018). A couple-based

psychological treatment for chronic pain and relationship distress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 119-134. doi:10.1016/j.cbpra.2017.02.003

Coren, S. (2016). Growing through pain: An integrative approach to treating chronic pain and emotional distress. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(4), 394-406.

doi:10.1037/int0000041

Flack, F., Stahlschmidt, L., Dobe, M., Hirschfeld, G., Strasser, A., Michalak, J., . . .

Zernikow, B. (2018). Efficacy of adding interoceptive exposure to intensive interdisciplinary treatment for adolescents with chronic pain: A randomized controlled trial. *Pain*, 159(11), 2223-2233. doi:10.1097/j.pain.0000000000001321

González, P. M. (2017). Psiquiatría y dolor crónico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (1), 70-80. Recuperado de

<https://psicosomaticaypsiquiatria.com/psiquiatria-dolor-cronico/>

Harris, A., Moe, T. F., Eriksen, H. R., Tangen, T., Lie, S. A., Tveito, T. H., y Reme, S. E.

(2017). Brief intervention, physical exercise and cognitive behavioural group therapy for patients with chronic low back pain (the CINS trial). *European Journal of Pain*, 21(8), 1397-1407. doi:10.1002/ejp.1041

Lin, J., Paganini, S., Sander, L., Lüking, M., Daniel Ebert, D., Buhrman, M., . . . Baumeister,

H. (2017). An internet-based intervention for chronic pain: A three-arm randomized controlled study of the effectiveness of guided and unguided acceptance and

commitment therapy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(41), 681-688.

doi:10.3238/arztebl.2017.0681

Lin, J., Sander, L., Paganini, S., Schlicker, S., Ebert, D., Berking, M., . . . Baumeister, H.

(2017). Effectiveness and cost-effectiveness of a guided internet- and mobile-based depression intervention for individuals with chronic back pain: Protocol of a multi-centre randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7(12), e015226-e015226.

doi:10.1136/bmjopen-2016-015226

Lovas, D. A., Pajer, K., Chorney, J. M., Vo, D. X., Howlett, M., Doyle, A., y Huber, A.

(2017). Mindfulness for adolescent chronic pain: A pilot feasibility study. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 29(2), 129-136.

doi:10.2989/17280583.2017.1355807

Lumley, M. A., y Schubiner, H. (2019). Psychological therapy for centralized pain: An

integrative assessment and treatment model. *Psychosomatic Medicine*, 81(2), 114-124. doi:10.1097/PSY.0000000000000654

Meilman, P.W. (1984). Chronic pain: the nature of the problem. *Jospt*, 5 (6), 307-308.

Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1985-17779-001>

Merskey, H. y Bogduk, N. (1994). Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Classification of Chronic Pain*, 2nd ed. Seattle, WA: IASP press.

Recuperado de <https://ci.nii.ac.jp/naid/10020581822/>

Melzack, R. y Wall, P. (1965). Pain mechanism. A new theory. *Science* 150, 971-979.

Recuperado de

<http://pdfs.semanticscholar.org/38d2/be60471398c102c148b998b093a779773e3a.pdf>

- Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. En: D. Kenshalo (ed.), *The skin senses*. Springfield, III: Charles C. Thomas, 168-194. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Casey/publication/285016812_Sensory_motivational_and_central_control_determinants_of_pain_Kenshalo_DR_editor_The_skin_senses_proceedings_Springfield_Illinois_Charles_C/links/566ed69e08aea0892c52ac76.pdf
- Moix, J., y Casado, M. ^a. I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud. Investigación Empírica En Psicología*, 22(1), 41-50. doi: 10.5093/cl2011v22n1a3
- Müller, R., Gertz, K. J., Molton, I. R., Terrill, A. L., Bombardier, C. H., Ehde, D. M., y Jensen, M. P. (2016). Effects of a tailored positive psychology intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability: A feasibility trial. *The Clinical Journal of Pain*, 32(1), 32-44. doi:10.1097/AJP.0000000000000225
- Paganini, S., Lin, J., Kählke, F., Buntrock, C., Leiding, D., Ebert, D. D., y Baumeister, H. (2019). A guided and unguided internet- and mobile-based intervention for chronic pain: Health economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(4), e023390-e023390. doi:10.1136/bmjopen-2018-023390
- Peters, M. L., Smeets, E., Feijge, M., Van Breukelen, G., Andersson, G., Buhrman, M., . . . Psykologi. (2017). Happy despite pain A randomized controlled trial of an 8-week internet-delivered positive psychology intervention for enhancing well-being in patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 33(11), 962-975. doi:10.1097/AJP.0000000000000494

- Rodríguez, D.I., Cisneros, M. y Robles, L.A. (2018) Psicoterapia Integrativa en un Caso de Trastorno Depresivo Persistente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1). Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num1/Vol21No1Art19.pdf>
- Rutledge, T., Atkinson, J. H., Chircop-Rollick, T., D’Andrea, J., Garfin, S., Patel, S., . . . Slater, M. (2018;2017;). Randomized controlled trial of telephone-delivered cognitive behavioral therapy versus supportive care for chronic back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 34(4), 322-327. doi:10.1097/AJP.0000000000000555
- Sander, L., Paganini, S., Lin, J., Schlicker, S., Ebert, D. D., Buntrock, C., y Baumeister, H. (2017). Effectiveness and cost-effectiveness of a guided internet- and mobile-based intervention for the indicated prevention of major depression in patients with chronic back pain-study protocol of the PROD-BP multicenter pragmatic RCT. *BMC Psychiatry*, 17(1), 36-36. doi:10.1186/s12888-017-1193-6
- Treede, R., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., . . . Wang, S. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. doi:10.1097/j.pain.0000000000001384
- Voerman, J. S., Remerie, S., Westendorp, T., Timman, R., Busschbach, J. J. V., Passchier, J., y de Klerk, C. (2015). Effects of a guided internet-delivered self-help intervention for adolescents with chronic pain. *Journal of Pain*, 16(11), 1115-1126. doi:10.1016/j.jpain.2015.07.011
- Waters, S. J., Strauman, T. J., McKee, D. C., Campbell, L. C., Shelby, R. A., Dixon, K. E., . . . Keefe, F. J. (2016). Self-system therapy for distress associated with persistent low

back pain: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 26(4), 472-483.

doi:10.1080/10503307.2015.1040485

Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Alonso-Fernandez, M., Bower, E. S., Steiner, A. R. W., y Afari, N. (2016). Age moderates response to acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy for chronic pain. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(3), 302-308. doi:10.1002/gps.4330

Wischkaemper, K. C., y Coop Gordon, K. (2015). Integration of cognitive-behavioral and interpersonal therapies in treating depression with concurrent relational distress and chronic pain. *Clinical Case Studies*, 14(5), 357-373. doi:10.1177/1534650114559939

Yoshino, A., Okamoto, Y., Okada, G., Takamura, M., Ichikawa, N., Shibasaki, C., . . . Yamawaki, S. (2018). Changes in resting-state brain networks after cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Psychological Medicine*, 48(7), 1148-1156. doi:10.1017/S0033291717002598

ANEXOS

Anexo A. Artículos incluidos en el estudio de revisión.

Autores	Año	Título	Diseño	Edad y sexo	Intervención
Artimon, H.M.	2015	Hypnotherapy of a Pain Disorder: A Clinical Case Study.	Estudio de caso clínico.	Edad 53. Mujer n=1	Hipnoterapia y Terapia cognitivo conductual
Baranoff, J., Hanrahan, S., Burke, A., Connor, J.	2016	Changes in Acceptance in a Low-Intensity, Group-Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Chronic Pain Intervention.	Ensayo clínico abierto.	Edad No Consta. Hombres n=13 Mujeres n= 33	Terapia aceptación y compromiso.
Baumeister, H., Seifferth, H., Lin, J., Nowoczin, L.	2015	Impact of an Acceptance Facilitating Intervention on Patients' Acceptance of Internet-based Pain Interventions: a Randomized Controlled Trial.	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad 18-84 años. Hombres n=44 Mujeres n=60	Intervención basada en aceptación.
Berry, R., Verrier, M.J., Rashid, S., Simmonds, M.K., et al.	2015	A Brief Cognitive-Behavioral Intervention for Sleep in Individuals With Chronic Noncancer Pain: A Randomized Controlled Trial.	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad 18-80 años. Hombres n=32 Mujeres n=52	Terapia cognitivo conductual breve.

Brünahl, C.A., Klotz, S., Dybowski, C., Riegel, B., et al.	2018	Combined Cognitive-Behavioral and Physiotherapeutic Therapy for Patients with Chronic Pelvic Pain Syndrome (COMBI-CPPS): study protocol for a controlled feasibility trial.	Protocolo de estudio para un ensayo clínico.	Edad No Consta. Sexo: Femenino. Masculino.	Terapia cognitivo conductual.
Cano, A., Corley, A., Clark, S., Martínez, S.	2018	A Couple-based Psychological Treatment for Chronic Pain and Relationship Distress.	Estudio de caso clínico.	Edad No Consta Hombres n=1 Mujer n=1	Terapia de pareja: Intervención basada en Mindfulness.
Coren, S.	2016	Growing Through Pain: An Integrative Approach to Treating Chronic Pain and Emotional Distress.	Estudio de caso clínico.	Edad No consta (Adolescente) Hombre n=1	Tratamiento integrado: Terapia cognitivo conductual, Terapia existencial y Terapia relacional-psicodinámica.
Flack, F., Stahlschmidt, L., Dobe, M., Hirschfeld, G., et al.	2018	Efficacy of Adding Interoceptive Exposure to Intensive Interdisciplinary Treatment for Adolescents with Chronic Pain: a Randomized Controlled Trial.	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad 11-17 años. Hombres n=76 Mujeres n=28	Terapia cognitivo conductual.
Harris, A., Moe, T.F., Eriksen, H.R., Tangen, T., et al.	2017	Brief intervention, physical exercise and cognitive behavioral group therapy for patients with chronic low back pain (The CINS trial).	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad media 44.8 años. Hombres n=106 Mujeres n=108	Terapia cognitivo conductual.

Jiaxi, L., Paganini, S., Sander, L., Lüking, M., et al.	2017	An internet-Based Intervention for Chronic Pain.	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad media 51.7 años. Hombres n=48 Mujeres n=254	Terapia aceptación y compromiso a través de internet.
Lin, J., Sander, L., Paganini, S., Schlicker, S., et al.	2017	Effectiveness and cost-effectiveness of a guided internet-and mobile-based depression intervention for individuals with chronic pain: protocol of a multi-centre randomized controlled trial.	Protocolo para un ensayo clínico aleatorizado.	Edad No Consta. Ambos sexos.	Terapia cognitivo conductual a través de internet y teléfono móvil.
Loebach, J., Petkus, A.J., Alonso-Fernández, M., Bower, E.S., et al.	2016	Age moderates response to acceptance and commitment therapy vs. Cognitive behavioral for chronic pain.	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad 18-89 años. Hombres n=56 Mujeres n=58	Terapia cognitivo conductual y Terapia aceptación y compromiso.
Lovas, D., Pajer, K., MacLaren, J., X Vo, D., Howlett, M., et al.	2017	Mindfulness for Adolescent Chronic Pain: a Pilot Feasibility Study.	Estudio Piloto.	Edad 14-17. Hombres n=1 Mujeres n=6	Intervención basada en Mindfulness.
Lumley, M., Schubiner, H.	2019	Psychological Therapy for Centralized Pain: An Integrative Assessment and Treatment Model	Estudio de caso clínico.	Edad media. Hombre.	Tratamiento integrado: Terapia cognitivo conductual, Mindfulness, Terapia dinámica, Terapia neuropsicológica.

Müller, R., Gertz, K., Molton, I., Terril, A., et al.	2016	Effects of a Tailored Positive Psychology Intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability.	Ensayo de grupos paralelos, ensayo ciego simple.	Edad 24-81 años. Hombres n=29 Mujeres n=67	Intervención online de Psicología Positiva.
Peters, M.L., Smeets, E., Feijge, M., van Breukelen, G., et al.	2017	Happy despite pain: a randomized controlled trial of an 8-week internet-delivered positive psychology intervention for enhancing well-being in patients with chronic pain.	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad 19-83 años. N=98	Intervención de psicología positiva a través de internet y Terapia cognitivo conductual a través de internet.
Rutledge, T., Atkinson, H., Chircop-Rollick, T., D'Andrea, J., et al.	2017	Randomized Controlled Trial of Telephone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Versus Supportive Care for Chronic Back Pain.	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad media 53.3 años. Hombres n=31 Mujeres n=35	Terapia cognitivo conductual a través de teléfono móvil.
Sander, L., Paganini, S., Lin, J., Schlicker, S., et al.	2017	Effectiveness and cost-effectiveness of a guided Internet- and mobile-based intervention for the indicated prevention of major depression in patients with chronic back pain – study protocol of the PROD-BP multicenter pragmatic RCT.	Estudio de Protocolo para un ensayo clínico aleatorizado.	Edad No Consta. Ambos sexos.	Terapia cognitivo conductual a través de internet y teléfono móvil.
Voerman, J.S., Remerie, S., Westendorp, T., Timman, R., et al.	2015	Effects of a Guided Internet-Delivered Self-Help Intervention for Adolescents With Chronic Pain.	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad 12-17 años. Sexo No Consta.	Terapia cognitivo conductual a través de internet.
Walters, S., Strauman, T., McKee, D., Campbell, L. et al.	2016	Self-System therapy for distress associated with persistent low back pain: A randomized clinical trial.	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad media 53.84 años.	Terapia de autosistema (Self-system therapy, SST) e

				Hombres n=71	Intervención basada en psicoeducación.
				Mujeres n=30	
Wischkaemper, K., Coop, K.	2015	Integration of Cognitive-Behavioral and Interpersonal Therapies in Treating Depression With Concurrent Relational Distress and Chronic Pain.	Estudio de caso único.	39 años. Hombre.	Tratamiento integrado: Terapia cognitivo conductual, Terapia interpersonal, Terapia dinámica.
Yoshino, A., Okamoto, Y., Okada, G., Takamura, M., et al.	2018	Changes in resting-state brain networks after cognitive-behavioral therapy for chronic pain.	Ensayo clínico aleatorizado.	Edad 46-10 años. Hombres n=14 Mujeres n=45	Terapia cognitivo conductual.

Total artículos	22				
------------------------	-----------	--	--	--	--

Nota: Elaboración propia.